

本報告自 111 年 1 月 1 日起適用

醫療輔具評估報告

醫療輔具項目：壓力衣、矽膠片

一、基本資料

1.姓名：	2.性別： ☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他
3.身分證統一編號：	4.出生年月日：民國/前 年 月 日
5.戶籍地址： 縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓	
6.居住地址： ☐ 同戶籍地址 縣 鄉鎮 村 路 市 市區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓	
7.障礙類別： ☐ 第一類神經系統構造及精神、心智功能 ☐ 第二類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 ☐ 第三類涉及聲音與言語構造及其功能 ☐ 第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 ☐ 第五類消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 ☐ 第六類泌尿與生殖系統相關構造及其功能 ☐ 第七類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 ☐ 第八類皮膚與相關構造及其功能 ☐ 其他	
8.障礙等級： ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度	
9.居住情況： ☐ 獨居 ☐ 與親友同住 ☐ 機構： ☐ 其他：	
10.聯絡人姓名： 與身心障礙者關係：	
聯絡電話： 行動電話：	

二、使用評估

本次需求之醫療輔具項目：(請勾選)

☐ 壓力衣：請填寫(一)

☐ 矽膠片：請填寫(二)

(一)申請「壓力衣」：

☐ 1.最近 3 個月內之診斷證明書，並載明有壓力衣需求。

※同款項之同部位於第一次申請後二年內，均得免檢附診斷證明書。

☐ 2.相關診斷：

☐ 燒燙傷：_____

☐ 皮膚損傷：_____

☐ 腫瘤：_____

☐ 循環障礙：_____

3.使用現況：

(1)目前是否使用壓力衣：☐ 是 ☐ 否(不須勾選填寫下列(2)至(4))

(2)目前壓力衣使用情形：

☐ 已損壞不堪修復

☐ 規格或功能不符目前使用需求

☐ 部份零件損壞或需要調整

☐ 符合使用者使用需求

☐ 其他：_____

(3)目前壓力衣使用：_____年_____月 ☐ 使用年限不明

(4)目前壓力衣使用來源：

☐ 自購

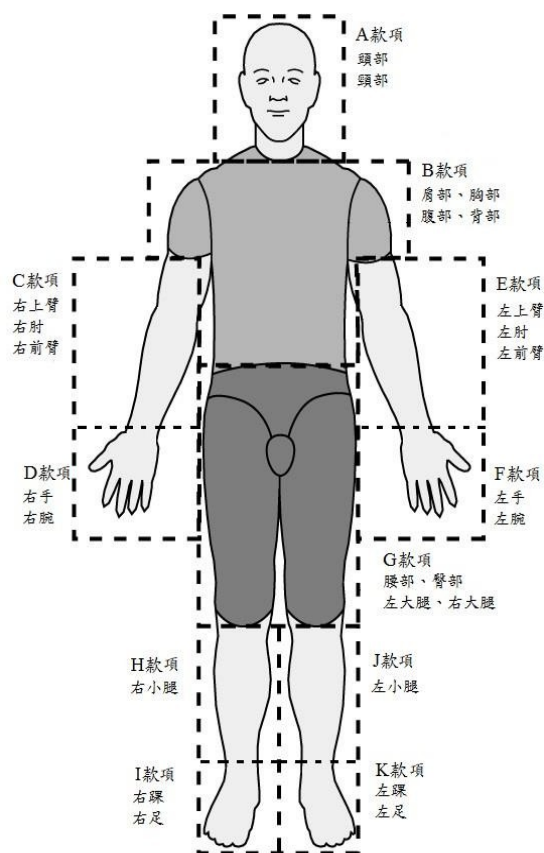
☐ 政府機關(單位)：_____

☐ 基金會：_____

☐ 其他：_____

4.需使用壓力衣之需求位置：

壓力衣	需求位置
☐ A 款項-頭部、頸部	頭部： ☐ 前額 ☐ 眼部 ☐ 鼻子 ☐ 口部 ☐ 耳朵 ☐ 面頰 ☐ 下巴 ☐ 頭頂 ☐ 後枕 部頸部： ☐ 前面 ☐ 左側 ☐ 右側 ☐ 後面
☐ B 款項-肩部、胸部、腹部、背部	☐ 左肩部 ☐ 右肩部 ☐ 胸廓部 ☐ 腹部 ☐ 上半背 ☐ 下半背 ☐ 左側身 ☐ 右側身
☐ C 款項-右上臂、右肘、右前臂	☐ 上臂 ☐ 肘部 ☐ 前臂
☐ D 款項-右手、右腕	☐ 腕 ☐ 手背 ☐ 手掌 ☐ 手指 ☐ 虎口
☐ E 款項-左上臂、左肘、左前臂	☐ 上臂 ☐ 肘部 ☐ 前臂
☐ F 款項-左手、左腕	☐ 腕 ☐ 手背 ☐ 手掌 ☐ 手指 ☐ 虎口
☐ G 款項-腰部、臀部、左大腿、右大腿	☐ 腰腹 ☐ 臀部 ☐ 鼠蹊 左側： ☐ 大腿前 ☐ 大腿後 ☐ 大腿內 ☐ 大腿外 ☐ 膝 右側： ☐ 大腿前 ☐ 大腿後 ☐ 大腿內 ☐ 大腿外 ☐ 膝



5.壓力衣樣式建議：

壓力衣樣式	備註
☐ 頭套	☐ 有傷口需注意 ☐ 需自行穿脫，製作考量上請協助 ☐ 其他：_
☐ 頸圈	☐ 有傷口需注意 ☐ 需自行穿脫，製作考量上請協助 ☐ 其他：_
☐ 上衣	☐ 有傷口需注意 ☐ 需自行穿脫，製作考量上請協助 ☐ 其他：_
☐ 袖套 ☐ 左 ☐ 右	☐ 有傷口需注意 ☐ 需自行穿脫，製作考量上請協助 ☐ 其他：_
☐ 褲子	☐ 有傷口需注意 ☐ 需自行穿脫，製作考量上請協助 ☐ 其他：_
☐ 手套 ☐ 左 ☐ 右	☐ 有傷口需注意 ☐ 需自行穿脫，製作考量上請協助 ☐ 其他：_
☐ 腿套 ☐ 左 ☐ 右	☐ 有傷口需注意 ☐ 需自行穿脫，製作考量上請協助 ☐ 其他：_
☐ 腳套 ☐ 左 ☐ 右	☐ 有傷口需注意 ☐ 需自行穿脫，製作考量上請協助 ☐ 其他：_

評估結果：申請之「壓力衣」：

☐符合補助規定 ☐未符合補助規定，原因：_____

使用訓練：☐需要 ☐不需要

安排追蹤時間：☐需要 ☐不需要

建議事項：_____

(二)申請「矽膠片」：

☐1.最近 3 個月內之診斷證明書，並載明有矽膠片需求及需使用矽膠片之部位及面積需求。

※同一部位於第一次申請後二年內，均得免檢附診斷證明書。

☐2.相關診斷：

☐燒燙傷：_____

☐皮膚損傷：_____

3.需使用矽膠片之面積：_____ (平方公分)

4.使用現況：

(1)目前是否使用矽膠片：☐是 ☐否(不須勾選填寫下列(2))

(2)目前矽膠片使用來源：

☐自購

☐政府機關(單位)：_____

☐基金會：_____

☐其他：_____

評估結果：申請之「矽膠片」：

☐符合補助規定 ☐未符合補助規定，原因：_____

建議事項：_____

輔具評估單位或鑑定機構：_____

評估人員(身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲之第八類皮膚與
相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師)：

_____ (簽名或蓋章) 職稱：_____

_____專科醫師證書_____字第_____號

物理治療師證書_____字第_____號

職能治療師證書_____字第_____號

評估日期：民國_____年_____月_____日

輔具評估單位或鑑定機構用印